

Sr. Director de la Revista Médica del Uruguay
Dr. Ariel Montalbán

20 de abril de 2004

Muertes maternas por aborto provocado en condiciones de riesgo: la verdad⁽¹⁾

Análisis de las conclusiones sobre la mortalidad materna del artículo “El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. Situación actual e iniciativas médicas de protección materna”⁽²⁾.

El problema de los porcentajes

En un párrafo extraído directamente del estudio “El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay...”⁽²⁾, se afirma “los estudios de seguimiento epidemiológico de este grave problema sanitario indican desde cifras de más de 1.000 muertes maternas cada 100.000 embarazos en algunos países de África y Asia, hasta menos de 29 muertes maternas cada 100.000 embarazos en América del Norte y Europa Occidental”⁽³⁾.

De lo que se deduce que donde este problema no es grave, hay menos de 29 muertes maternas por cada 100.000 embarazos –o bien, por cada 100.000 nacidos vivos, que es el indicador más utilizado para estimar la mortalidad materna–.

Por otra parte, se ve claramente que el estudio empieza basando sus observaciones acerca de la mortalidad materna en el indicador “muertes maternas por cada 100.000 embarazos” –o cada 100.000 nacidos vivos–.

En forma inexplicable comienza a basarse luego en otro indicador: el porcentaje de muertes maternas por aborto provocado en condiciones de riesgo. Dicho porcentaje se calcula dividiendo el número de muertes maternas por esta causa sobre el número de muertes maternas totales ocurridas en un hospital, país o continente.

Por lo demás, es curioso que quienes se escandalizan por el número de muertes maternas nunca han mencionado que 100% de los embriones y fetos abortados mueren. Esta estadística jamás aparece. Este porcentaje nunca se maneja.

Hagamos un supuesto...

Supongamos que en un país X se produjeron 50.000 muertes maternas totales por cada 100.000 nacidos vivos, y 1.000 muertes maternas por aborto provocado. En dicho caso, el porcentaje de mortalidad materna por aborto por cada 100.000 nacidos vivos, habría sido de 2%.

En otro país –aquí nos remitimos a las cifras absolutas que el estudio citado maneja para Uruguay entre 1995 y 1999– se registraron 62 muertes maternas totales y 17 muertes maternas por problemas derivados del aborto, con lo cual el porcentaje de mortalidad materna por aborto fue de 28%.

Si se compara ese hipotético país X con Uruguay, es obvio que Uruguay tiene un porcentaje de muertes maternas por aborto mucho mayor. Sin embargo, su problemática es mucho menos grave que la de aquel país. Trabajar con porcentajes, lleva, por

tanto, a confusión, cuando no a una equivocada interpretación de la realidad.

Es lo que sucede cuando en el mencionado artículo⁽²⁾ –y en otro publicado por los Dres. Briozzo y Pons⁽⁴⁾–, se comparan los porcentajes de muertes maternas del mundo (13%), con los de América Latina (21%), los de Sudamérica (24%), Uruguay (28%), y el Centro Hospitalario Pereira Rossell (47%).

Cabe aclarar, además, que el 47% registrado resulta de dividir 7 muertes maternas por aborto provocado en condiciones de riesgo en 6 años (1996-2001) entre 15 muertes maternas totales ocurridas en ese período (durante el cual nacieron aproximadamente 57.000 niños: 9.500 niños por año por 6 años).

Y 71%, de dividir 7 muertes maternas por aborto en condiciones de riesgo entre 5 muertes maternas totales ocurridas en el año 2001 (durante el cual nacieron unos 9.500 niños). Cabe recordar que en 1996 y 1997, murieron dos mujeres (una por año) por aborto provocado en condiciones de riesgo, mientras que en 1998, 1999 y 2000, no murió ninguna.

En síntesis, al hablar de porcentajes no sólo importan los valores porcentuales por sí mismos, sino también los valores absolutos a partir de los cuales éstos se calculan.

¿Existe un indicador confiable?

El indicador más confiable a la hora de estimar la mortalidad materna es el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Cabe preguntarse, entonces, cuál es la realidad uruguaya en este sentido.

Recordemos, ante todo, que los países desarrollados (Estados Unidos, Canadá y los países de la Unión Europea) tienen menos de 29 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, lo cual se considera aceptable.

Si tenemos en cuenta que en el quinquenio 1995-1999 nacieron en Uruguay 282.358 niños (los datos son del Instituto Nacional de Estadística), y que en ese período se registraron 62 muertes maternas, según el estudio del Dr. Briozzo y colaboradores, es posible concluir que el índice de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos para el período considerado fue en Uruguay de 22 ($62 \times 100.000 / 282.358 = 21,96$).

Del mismo modo se puede estimar el número de muertes maternas/100.000 nacidos vivos para el Centro Hospitalario Pereira Rossell entre 1996 y 2001, con la salvedad que el dato de nacimientos del cual disponemos no es tan exacto, pero sabemos –de acuerdo con el mencionado estudio⁽¹⁾ que en esta institución nacieron alrededor de 9.500 niños por año. En seis años, es de suponer que han nacido aproximadamente unos 57.000 niños. En ese período murieron en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, 15 madres (7 de ellas por aborto provocado en condiciones de riesgo).

Con lo cual, el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos asciende a 26 ($15 \times 100.000 / 57.000$).

En consecuencia, Uruguay siempre está dentro del mismo rango de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos que los países desarrollados. Estas cifras son consistentes con las reportadas por el Instituto Nacional de Estadística⁽⁵⁾.

Desde nuestro punto de vista el problema no pasa por la legalización del aborto, sino por el subdesarrollo y por la falta de medios económicos para sostener un adecuado sistema de Salud Pública. A pesar de todo, demasiado bien está Uruguay en cuanto a mortalidad materna para las carencias que se tienen. Espe-

cialmente en los últimos años, donde no sería raro que la crisis del sistema explicara en buena parte el incremento de las muertes maternas.

Dra. Ma. Lourdes González Bernardi*

* Médica ginecóloga- Secretaria de la Sociedad Uruguaya de Bioética. mlgonzal@ucu.edu.uy

1. Artículo de opinión basado en la información aportada por el Ing. Agr. Álvaro Fernández Teixeira Nunes –miembro de la Comisión de Bioética Médica del Círculo Católico– a la Comisión de Salud del Senado en relación al proyecto de ley de “Defensa de la Salud Reproductiva” (noviembre de 2003).

2. Briozzo L, Vidiella G, Vidarte B, Ferreiro G, Pons JE, Cuadro JC. El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. *Rev Med Uruguay* 2002; 18: 4-13.

3. World Health Organization. Maternal Health Around the World (poster). Geneva: WHO, 1997. Use of Obstetric Services. 1997.

4. Rodríguez F, Briozzo L, Pons J. ¿Hay que ligar la vena cava en forma sistemática en la sepsis obstétrica? *Arch Ginecol Obstet* 2003; 41(3): 73-122.

5. Instituto Nacional de Estadística (Uruguay). http://www.ine.gub.uy/banco%20de%20datos/soc_estadisticasvital/es/Muertes_Fem_Partos%20.xls

Sr. Director de la Revista Médica del Uruguay
Dr. Ariel Montalbán

28 de junio de 2004

Rogamos incluir estas reflexiones como respuesta a la nota de la doctora María Lourdes González titulada: “Muertes maternas por aborto provocado en condiciones de riesgo: la verdad”.

1. “La verdad” (¿?) versus la situación epidemiológica

Nos resulta necesario disentir con la utilización de la afirmación “la verdad” en el título de la carta de la colega González. La verdad, en el ámbito del conocimiento científico, es una construcción de muchos, basada fundamentalmente en la evidencia que surge de la aplicación del método científico al análisis de diversas cuestiones. No se trata de una potestad que pueda detentar nadie en particular. Para reclamarla, entonces, se deben presentar tales evidencias. De otro modo se estará únicamente en presencia de lo que es una mera “interpretación”. Nuestro aporte a la búsqueda de la verdad se sustenta en hechos epidemiológicos.

Situación epidemiológica en nuestro país:

a. Mortalidad materna.

Para nosotros la mortalidad materna es un problema sanitario⁽¹⁾. Nuestros cálculos, a partir de la información brindada por la División Estadística del Ministerio de Salud Pública, indican que en Uruguay la tasa de mortalidad materna es epidemiológicamente comparable a la de muchos países desarrollados, con algunas particularidades.

b. Mortalidad materna y medio socioeconómico

La prevalencia de la mortalidad materna es significativamente más elevada en las mujeres provenientes de los medios socioeco-

nómicos más deficitarios⁽²⁾.

c. Mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo

La principal causa de mortalidad materna en Uruguay en el decenio 1991-2001 son las complicaciones derivadas del aborto provocado en condiciones de riesgo⁽³⁾.

d. Mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo y medio socioeconómico

La mortalidad materna por aborto provocado es significativamente mayor en las mujeres provenientes de los medios socioeconómicos más desposeídos⁽²⁾.

La frecuencia relativa de muerte por aborto provocado en condiciones de riesgo en nuestro país, sobre todo en las mujeres más pobres, corresponde a cifras de las más elevadas, por no decir la más elevada, a nivel internacional.

2. Comentarios a la afirmación: “...A pesar de todo, demasiado bien está Uruguay en cuanto a mortalidad materna para las carencias que se tienen...”.

Gravedad de la situación - indicadores

La epidemiología constituye un método científico aplicado “a y en” la comunidad, que estudia distribución y determinantes del proceso salud-enfermedad con la vocación de generar propuestas, junto a la comunidad, promoviendo sistemas integrados de promoción, defensa, rehabilitación y mejoramiento de las condiciones de salud.

En epidemiología, para intentar llegar a “la verdad” sobre un fenómeno, es necesario contar con fuentes de datos que, idealmente, deberían ser universales, específicas y confiables⁽⁴⁾.

Con estos datos se construyen indicadores sanitarios. Los indicadores corresponden en general a un suceso clínico importante que puede vigilarse y cuantificarse en el tiempo^(5,6). De estos, la mortalidad materna es el indicador sanitario que mejor se correlaciona con la salud de una comunidad⁽⁷⁾. Así la mortalidad materna siempre es un problema de salud pública.

Una postura de conformidad con respecto a los guarismos alcanzados sería la principal barrera conceptual en el intento de mejorarlos, lo cual en cualquier indicador de mortalidad corresponde a una posición inadmisibles e insustentable.

Creemos que desde el punto de vista epidemiológico:

- **Es grave** que en un país de 3.000.000 de habitantes, sin accidentes geográficos de importancia, donde a quienes habitan en los puntos más distantes del territorio no los separan más de 800 km, donde hablamos el mismo idioma, donde somos parecidos culturalmente, con un sistema de atención público de extensión nacional, haya una mortalidad materna de 23 cada 100.000 nacidos vivos. Esto significa un promedio de 13 uruguayas jóvenes muertas por año, sabiendo que la mayoría de las veces esta situación, con una oportuna y correcta atención, podría haber sido evitada.

- **Es muy grave** que más del doble de estas mujeres mueran por falta de acceso a servicios de calidad y que esto sea dependiente de que sean pobres.

- **Es extremadamente grave** pensar que 1 de cada 3 muertes maternas que ocurren en el período 1992-2001 es provocada por las complicaciones del aborto provocado en condiciones de riesgo, causa absolutamente prevenible y prácticamente inexistente en los países donde existen servicios seguros de aborto.

- **Es vergonzosamente grave** saber que las mujeres pobres que

se asisten en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) tienen una posibilidad de morir por aborto provocado más de tres veces superior que las mujeres provenientes de los medios socioeconómicos con un mejor acceso a servicios de salud.

El ambiente de inequidad basado en condiciones económicas, que rodea todo este tema, a nuestro entender es: vergonzoso, insultante, inmoral e inadmisibles.

Minimizar el problema en base a que corresponde a un bajo número de personas es un error desde el punto de vista científico (porque corresponde a ignorar el valor del análisis de la frecuencia relativa), médico (por las implicancias asistenciales y bioéticas que conlleva) y humano (por las connotaciones morales). Para aquellos que piensan que "la mortalidad materna en Uruguay está controlada", les decimos que la mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo del año 2003 en el CHPR ha sido de 66,6% (para un total de nueve muertes maternas, seis corresponden a complicaciones del aborto). Y en el momento en que estamos escribiendo esta carta (22 de abril de 2004), se está muriendo otra mujer en el CTI del Hospital Pasteur por complicaciones del aborto provocado en condiciones de riesgo.

Creemos que estos son los indicadores, y, por lo tanto, pensamos que esta es la situación epidemiológica: ¿Qué hacer con ellos?, esa es otra cuestión.

Pensamos que en Uruguay la práctica hipócrita de mirar para un costado ha sido la norma. Quizá sea tiempo de enfrentar este problema.

3. ¿Confusión, preconcepciones, propaganda, hipocresía...?

Descontamos las buenas intenciones de la nota de la Dra. González. Las nuestras no son menos buenas.

Nosotros abordamos esta temática basados en la epidemiología, sin ortodoxia religiosa o política, sin intención propagandística, pero sí con la vocación de difundir en la comunidad médica y pública las evidencias que reflejan la realidad.

Por último creemos, y así fue publicado⁽⁸⁾, que este tema no se resuelve desde abordajes unilaterales sino más bien como síntesis de todas las perspectivas de análisis. Sintetizábamos la complejidad del tema en nuestro artículo, expresando lo siguiente:

I- Existen dudas razonables y científicamente avaladas para plantear que la vida de un ser humano no empieza en el momento de la fecundación, sino que es un proceso que se va desarrollando en el tiempo. Este hecho hace que en una sociedad democrática y plural sea inconveniente obligar a tener una posición única.

II- No existen dudas de que el aborto provocado en condiciones de riesgo es una de las causas, en Uruguay la primera causa, de muerte materna. Esta verdadera epidemia es absolutamente evitable mediante una política integral de derechos sexuales y reproductivos que incluyan prácticas seguras de aborto como lo indica la Organización Mundial de la Salud, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y múltiples organizaciones sanitarias.

III- El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos hace que se deba respetar a la mujer en cuanto a su deseo de continuar o interrumpir un embarazo, partiendo de la base que estos embarazos son directa o indirectamente (en la inmensa mayoría de los casos) fruto de la violencia. Lo contrario implica desde esta perspectiva una violación de los derechos humanos.

IV- Es muy claro que las legislaciones restrictivas con respecto a la práctica del aborto, lejos de disminuir el número de abor-

tos, los aumenta (por vincularse a una falta de políticas integrales de salud sexual y reproductiva) y aumentan aun más el número de muertes maternas. En los pocos países en los que existen tasas elevadas de aborto, siendo esta práctica legal, ocurren bien por falta de educación sexual y reproductiva o bien por falta de atención y medios calificados.

V- Los principios bioéticos tienden a indicar que es cuestionable el negar la atención sanitaria segura a una mujer, que informada y asesorada correctamente, ha resuelto interrumpir su embarazo. En las condiciones extremas en las que se plantea siempre el abordaje del aborto provocado pensamos que lo mejor desde el punto de vista bioético se traduce como lo menos malo desde el punto de vista de la realidad concreta de esta dramática situación.

En base a lo expresado pensamos que para disminuir el número de abortos provocados en condiciones de riesgo se debe:

1. Desarrollar políticas serias y comprometidas, a nivel público y privado, de educación en sexualidad y procreación (término mucho más humano que reproducción) para generar las bases de un ejercicio libre y responsable de la sexualidad. Este es un problema de Estado; debería tomarse con absoluta seriedad y reconociendo la diversidad de enfoques en la materia, actuando en los cinco niveles de educación de los jóvenes: los padres, los medios, la enseñanza formal, sus pares y los efectores de salud.
2. Desarrollar programas de anticoncepción accesibles, universales y de calidad para disminuir los embarazos no deseados. No creemos conveniente mantener un doble discurso, como se ha tenido en el caso del condón (basta recordar los comentarios de que "deja pasar" el virus del HIV, entre otros), el DIU (catalogándolo de método abortivo), etcétera.
3. Desarrollar servicios seguros de interrupción del embarazo para evitar la morbilidad materna por aborto provocado.

Los países que han abatido las cifras de aborto provocado lo han hecho en base a esta triple estrategia. Pensar que la situación socioeconómica de esas comunidades es la principal determinante del éxito alcanzado, es un error conceptual. El ejemplo de Rumania con respecto a la despenalización del aborto es paradigmático al respecto⁽⁷⁾.

Los países que han disminuido el número de abortos y sus secuelas, generalmente lo han hecho a través de la despenalización del aborto. De esa manera las fuerzas y los sectores que se muestran como más reaccionarios para desarrollar políticas acorde a los derechos sexuales y procreativos, se han visto en la necesidad imperiosa de hacerlo, para contribuir a disminuir el número de abortos provocados.

En un contexto de despenalización del aborto todos estaremos en el mismo barco de disminuir los abortos provocados, unos más convencidos y otros menos, con la finalidad de disminuir el número de muertes maternas.

Dres. Leonel Briozzo
Gonzalo Vidiella
Fabián Rodríguez
José E. Pons

Bibliografía

1. Briozzo L. Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay 2002: 154 p.
2. Briozzo L, Rodríguez F, León I, et al. Unsafe abortion in Uruguay. International J Gynecol Obstet 2004; 85(1): 70-3.

3. Briozzo L, Vidiella G, Vidarte B, Ferreiro G, Pons JE, Cuadro JC. El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. *Rev Med Uruguay* 2002; 18: 4-13.
4. Organización Panamericana de la Salud. Fuentes de datos y definiciones utilizadas en salud materno infantil. OPS. Programa de salud materno infantil y población / HMP, 1994: 92.
5. Meeker C. Mejoramiento de la calidad: antes y ahora. *Clin Obst Ginecol* 1994; 1: 107-12.
6. Meeker C. A consensus based approach to practice parameters. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 790-3.
7. Family-Care-International. Safe Matherhood. Family Care International. 1999.
8. Briozzo L. Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis – Estrategias para su reducción. *Rev Med Uruguay* 2003; 19: 188-200.